FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

René GUILLOT

Né à Chalbam (Vendée) le 28 juillet 1896

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

SUR

L'ORIGINE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

ET SA COMPATIBILITÉ AVEC LE TRAVAIL

Président : M. NOBÉCOURT, *professeur.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, EDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1924

LE DOYEN... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BROCA Auguste
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
I.	
II.....	Pathologie médicale
VE.....	Pathologie chirurgicale.
TIN....	Pathologie médicale.
T.....	Pathologie chirurgicale.
UIN....	Pathologie médicale.
.....	Physiologie.
HETIÈRE	Chimie biologique.
A.....	Histologie.
.....	Pathologie médicale.
ET.....	Pharmacologie et matière médicale.
AT.....	Pathologie chirurgicale.
PY.....	Histologie.
Y.....	Pathologie médicale.
.....	Pathologie médicale.
.....	Hygiène.
ONG....	Anatomie pathologique.
R.....	Médecine légale.
E.....	Obstétrique.
NGER...	Pathologie médicale.
.....	Pathologie médicale.
ER.....	Pathologie expérimentale.
IER.....	Pathologie médicale.
-BOYER..	Urologie.
LACQUE..	Anatomie.
X.....	Parasitologie.

MM.	
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER....	Obstétrique.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE....	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL...	Obstétrique.
LHERMITTE...	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgicale.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT....	Bactériologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
RICHET Fils...	Physiologie.
ROUVIÈRE....	Anatomie.
STROHL.....	Physique médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFENEAU...	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET.....	Pathologie médicale.
WELTER.....	Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
M.	
S.....	Physiologie.
EROT.....	Pathologie médicale.
IOT.....	Obstétrique.

MM.	
RETTERER.....	Histologie.
ROUSSY.....	Anatomie pathologique.

IV — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQ

à titre permanent

MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.
LÉRI	Clinique médicale.
LŒPER	Clinique médicale.

MM.	
OMBRÉDANNE.	Clinique chirurg fantile.
PROUST	Clinique chirurg
RATHERY.....	Clinique médica
SCHWARTZ ...	Clinique chirur
TERRIEN.....	Cliniq. ophtalm

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopéd l'adulte pour les accidentés du tra mutilés de guerre et les infirmes adul
FREY.....	Stomatologie.
N.	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD.....	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérée propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation bation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

MM. les Professeurs de l'école de Médecine de Nantes.

MM. les Médecins et Chirurgiens des Hopitaux de Nantes.

A M. le Professeur M. BRELET qui me permit d'examiner un certain nombre de malades de son service, et me guida de ses conseils dans mon travail sur l'hypertension.

A MM. GAUDUCHEAU, BIANCHI, M. le professeur PICARD qui me dirigèrent dans l'examen radiographique des malades.

A M. le Professeur MARGUERI qui effectua les dosages d'urée dans le sang.

A MM. les Professeurs SÉBILLEAU, M. BUREAU, OLLIVE, JOUON, G. SOURDILLE, AUBRY, Mme MALEGUE, dans les services desquels j'effectuais des stages tant comme expectant, que comme externe.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur NOBÉCOURT

Officier de la Légion d'honneur
Professeur de clinique aux Enfants-Malades
Membre de l'Académie de Médecine

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

SUR

L'ORIGINE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

ET SA COMPATIBILITÉ AVEC LE TRAVAIL

L'hypertension artérielle étudiée autrefois par Traube, Potain a pris un nouvel essor depuis la découverte des sphygmomanomètres. Le professeur Vaquez, le professeur Pierre Teissier, le professeur Pachon, Josué, M. le professeur Widal et leurs élèves l'ont particulièrement étudiée et ont donné toutes leurs significations aux phénomènes alors constatés.

Actuellement on considère que la tension maxima, tension qui correspond à l'acmé de la systole, traduit un processus de réaction du cœur en vue de lutter contre l'obstacle qu'opposent au cours normal du sang, le spasme artériolaire et l'hypertension minima. Or l'hypertension minima constante pour un même individu, répond aux résistances périphériques. C'est sur cette dernière seule que l'on peut lutter.

Dans cette étude nous nous proposerons donc d'étudier les rapports qui existent entre les tensions constatées au Vaquez-Laubry et les différents signes

stéthoscopiques respiratoires, cardiaques, urinaires, physiques et généraux. De là nous tâcherons d'en déduire quelques données sur l'origine de l'hypertension.

Donc dans une première partie de cet ouvrage, nous donnerons une définition de l'hypertension.

Une deuxième partie comportera les observations d'un certain nombre de malades.

Dans la troisième partie nous discuterons l'origine de l'hypertention.

Enfin dans la quatrième, nous examinerons sa compatibilité avec le travail.

DÉFINITION DE L'HYPERTENSION

Qu'est-ce donc que l'hypertension ?

Comme l'a défini M. le Dr Alfred Coupry, l'hypertension artérielle n'est point une entité nosographique, mais représente un mode de réaction de l'organisme et son effort constant d'adaptation en vue d'assurer l'équilibre circulatoire. C'est un avant-coureur de la vieillesse, une épée de Damoclès suspendue sur la tête de celui qui en est atteint.

Cette définition étant posée quand pourrons-nous dire qu'un individu est hypertendu ? Quelquefois ce sont les signes physiques, respiratoires, circulatoires, qui nous la décèlent, mais le plus souvent nous avons affaire à des hypertendus latents, hommes qui n'ont jamais présenté aucun symptôme, pas même la dyspnée d'effort. Ce n'est donc le plus souvent qu'au cours d'une affection surajoutée que nous la décelons. Mais de même qu'un thermomètre est indispensable pour révéler la fièvre, le sphygmomanomètre l'est pour l'hypertension. Plusieurs genres de sphygmomanomètres ont été proposés, le Pachon, Vaquez Laubry, etc. Actuellement nous tendons de plus en plus à avoir recours au sphygmomanomètre

de Vaquez-Laubry, qui ne présente pas les inconvénients du Pachon. En effet avec ce dernier il se produit lors de l'application du bracelet une augmentation notable de la pression, augmentation qui persiste pendant deux ou trois minutes. Avec le Vaquez-Laubry, appliqué directement au pli du coude sur le trajet de l'artère humérale, rien de semblable ne se manifeste.

Nous ne décrirons point cet appareil, ni son mode de fonctionnement. Nous nous contenterons d'indiquer les tensions au delà desquelles nous devons considérer un homme comme hypertendu.

Le bras reposant sur une table, la main immobile, la pression maxima ne doit pas dépasser 15. Quant à la pression minima, elle doit être inférieure à 7 1/2.

Pratiquement il sera possible de distinguer trois degrés dans l'hypertension :

I. — Hypertension faible que l'on rencontre chez les sanguins, les pléthoriques, les diabétiques, les goutteux. Cette hypertension due à la polydypsie, ne dépassera jamais 18.

II. — Hypertension moyenne survenant chez les pléthoriques, chez certains scléreux rénaux et artériels, hypertension qui oscille entre 18 et 22.

III. — Enfin l'hypertension forte liée à l'artériosclérose, aux néphrites interstitielles qui dépasse 22.

Ces données étant posées, passons à l'examen d'un certain nombre de malades pris au hasard dans un Service de vieillards de l'hospice général de Saint-Jacques.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M... est un homme de 77 ans, employé jadis comme garçon de ferme. Cet homme, jamais malade jusqu'à l'âge de 50 ans, fut dans sa jeunesse un gros mangeur (pain et légume), et surtout un grand buveur (3 litres de vin par jour). A 50 ans, il commença à éprouver de la céphalée, des vertiges, de la dyspnée d'effort. A 60 ans, il fit une fièvre typhoïde qui nécessita un séjour prolongé au lit. Actuellement cet homme, bien qu'assez alerte pour son grand âge, présente une légère difficulté de parole.

Entré à l'infirmerie le 20 juillet 1923 pour dyspnée d'effort, céphalée, faiblesse générale, il présente, lors de l'examen de son appareil cardio-circulatoire.

A la palpation, une pointe déviée en dehors de la ligne mamelonnaire et abaissée. La pointe bat dans le sixième espace intercostal à 2 cm. 1/2 en dehors du mamelon.

La percussion révèle un cœur légèrement augmenté de volume.

L'auscultation ne décèle qu'un deuxième bruit aortique et mitral claqué.

Quant au pouls il est plein, bondissant, la pression prise au sphygmomanomètre de Vaquez-Laubry est de 22/10.

Appareil pulmonaire. — Une légère congestion des bases est à signaler.

L'examen de *l'appareil digestif* ne décèle rien d'anormal, exception faite du foie qui est volumineux, douloureux, dépassant de 3 travers de doigts les fausses côtes.

Le malade qui urine peu le jour, deux à trois fois, présente par contre de la polyurie nocturne (1 litre 1/2 en 4 ou 5 mixtions), urines claires limpides ne renfermant pas d'albumine.

Le dosage de l'urée dans le sang effectué au mois de juillet, a montré la présence de 0 gr. 37 d'urée par litre de sérum sanguin.

OBSERVATION II

B. L... est né en 1853. Né avant terme cet homme eut une jeunesse très maladive, aussi n'entra-t-il en apprentissage qu'à un âge assez avancé. Il se développa alors normalement mangeant bien, buvant environ 1 litre 1/2 par jour.

En 1907, il présenta une paralysie droite, paralysie dont il susbsiste encore quelques traces, impotence légère des membres, augmentation des reflexes tendineux et une légère difficulté de parole. Il entre donc comme incurable à l'hôpital, ne se plaignant de rien, exception faite de quelques étourdissements et de mouches volantes.

L'examen pratiqué en vue de son emploi dans l'établissement nous montre ;

A la percussion, un cœur légèrement augmenté.

A la palpation, une pointe battant dans le sixième espace intercostal gauche à 1/2 centimètre de la ligne mamelonnaire.

A l'auscultation, des bruits légèrement claqués.

La *palpation* des artères nous les montre dures, résistantes et la tension prise au sphygmomanomètre nous donne 22/11. La temporale est sinueuse, et les battements des carotides sont très marqués.

Du côté de *l'appareil respiratoire*, rien d'anormal.

L'appareil urinaire fonctionne normalement (3 ou 4 mictions par jour), les urines sont claires, ne renfermant point d'albumine.

Appareil digestif. — Le malade jouit d'un bon appétit, digère bien, mais présente une légère diarrhée. De plus, il présente une teinte subictérique des conjonctives. La palpation, du foie n'est point douloureuse, et sa percussion fait entrevoir un foie normal.

Le dosage de l'urée dans le sang, pratiquée en août, a montré l'existence de 0gr. 40 d'urée par litre de sérum sanguin.

Examen radiographique. — Cœur droit très étalé sur le diaphragme.

Ventricule gauche légèrement bombé avec pointe abaissée, en sabot.

OBSERVATION III

V. A... est âgé actuellement de 54 ans. Cet homme qui eut les pieds gelés pendant la guerre, ne fut jamais malade jusqu'à l'âge de 51 ans, époque à laquelle il présenta des crises de somnambulisme, crises qui se renouvelèrent environ deux fois par mois.

Ces crises annoncées par une céphalée intense, ne duraient que vingt quatre heures, mais par contre la céphalée violente persistait pendant une huitaine de jours.

Actuellement le malade se plaint de crampes dans les mains avec engourdissement surtout accusé la nuit, de bourdonnements d'oreilles intenses, d'essouflement, accru par le moindre effort, de douleurs précordiales, se propageant parfois vers le bras gauche, de palpitations violentes. Ses urines peu abondantes le jour, évacuées en deux mictions, le sont par contre la nuit. Le malade est alors obligé de se lever quatre ou cinq fois.

A l'examen, le malade présente un bon état général, le facies est haut en couleur. Portons donc notre examen vers l'appareil cardio-circulatoire.

A la palpation, la pointe du cœur se trouve très abaissée, battant, dans le septième espace intercostal gauche à 3 centimètres de la ligne mamelonnaire.

La percussion, montre un cœur hypertrophié.

L'auscultation, ne révèle aucun bruit surajouté.

Le pouls est tendu, la tension artérielle étant de 21/11.

Rien à signaler du côté de *l'appareil respiratoire*.

Quant à *l'appareil génito-urinaire*, il convient de signaler une diminution assez notable de la quantité d'urine, 1 litre. Les urines claires ne renferment point d'albumine. Quelques chancres mous sont accusés par le malade.

Examen radioscopique. — Gros cœur gauche surtout accusé dans le diamètre longitudinal 16, le diamètre horizontal se montant à 15.

OBSERVATION IV

L. P..., âgé de 67 ans a présenté à l'âge de 7 ou 8 ans une crise de rhumatisme articulaire aigu, crise qui a nécessité un séjour de trois semaines au lit, puis à l'âge de 23 ans, du

paludisme. A ce moment le malade qui présente des épistaxis fréquents, commence à éprouver de la céphalée, accusée surtout le matin à jeun, des bourdonnements d'oreilles, des vertiges, de la dyspnée d'effort. Tous ces symptômes n'ont fait que s'accroître depuis cette époque, et c'est alors qu'est venue s'ajouter de la polyurie, 10 à 12 mictions tant diurne que nocturne, de l'insommie et des crises d'angor.

La *palpation*, la *percussion* du cœur nous le montre normal.

Par contre, *l'auscultation* nous révèle des bruits assourdis, voilés.

Le *pouls* assez petit est dur, et la tension prise au Vaquez et de 18/9.

Appareil respiratoire. — Quelques râles congestifs aux 2 bases, et une expiration rude et prolongée à la base droite sont à signaler.

Cet homme mangeait peu, buvait par contre abondamment, 2 litres 1/2 à 3 litres par jour. Son état général est assez bon, l'appétit est conservé, les digestions sont bonnes, le foie est petit.

Du côté de l'*appareil urinaire*, les urines sont claires, mais renferment une légère trace d'albumine.

Examen radioscopique. — *Cœur* droit allongé sur le diaphrame. Pointe légèrement abaissée. Cœur gauche peu augmenté de volume. Battements très peu marqués.

Appareil pulmonaire: Légère obscurité de la base droite.

OBSERVATION V

C. M... est un homme âgé de 60 ans qui fut atteint à l'âge de 35 ans, d'une anémie intense consécutive à des crises répétées de paludisme. A l'âge de 40 ans, il est réformé pour endocardite. Il entre à l'hôpital le 23 novembre 1921 pour asthénie. Le malade est incapable du moindre effort, aussi est-il dirigé sur l'hospice général.

Depuis son entrée dans l'établissement, cet homme présente :

1° Un engourdissement très marqué des mains, engourdissement surtout accusé la nuit et disparaissant sous l'influence des mouvements.

2° Des vertiges surtout fréquents la nuit avec sueur froide abondante.

3° Des palpitations avec point très douloureux dans la région précordiale.

4° Une dyspnée intense rendant la marche très difficile.

A l'examen, cet homme bien que venant de faire dernièrement une pleurésie double, présente un bon état général.

Appareil cardio-vasculaire. — La *percussion* ne révèle rien d'anormal. La *palpation* montre une pointe déviée à gauche. *L'auscultation* décèle des bruits très assourdis.

Le pouls est plein, tendu, résistant, 20/12.

Du côté de l'appareil respiratoire, une légère submatité des bases est à signaler, l'auscultation montrant en ces points une notable diminution du murmure vésiculaire.

Appareil urinaire. — Cet homme urine deux à trois fois par jour, autant la nuit, soit environ un litre. Ces urines

riches en phosphates, épaisses, laissent un dépôt au fond du verre, et présentent une légère trace d'albumine.

Appareil digestif. — Cet homme marin a toujours eu bon appétit, mais s'est nourri pendant longtemps exclusivement de conserves, de viandes et de légumes. Actuellement, ses digestions sont bonnes, ses selles normales. Le foie est sensiblement normal.

Examen radioscopique. — Cœur légèrement augmenté de volume, avec aorte sombre et dilatée. Le cœur est curviligne.

Perméabilité rénale. — Une injection de 1 centimètre cube de bleu de méthylène pratiquée le 21 août 1923, a montré l'apparition du bleu, une demi-heure après l'injection. La coloration a augmenté d'intensité pendant les dix-huit premières heures pour disparaître à la trentième heure.

OBSERVATION VI

Le nommé R. J..., âgé de 72 ans, a présenté durant son enfance de nombreuses bronchites. En 1918, à la suite d'une fièvre cérébrale, il présenta de la paraplégie. Depuis cette date, il a fait deux petits ictus avec perte de connaissance.

Actuellement cet homme, bien que marchant très péniblement, ne se plaint de rien.

Du côté de l'appareil *cardio-vasculaire*, on constate que la pointe bat dans le huitième espace intercostal gauche à 1 centimètre de la ligne mamelonnaire.

A *l'auscultation* de la pointe on entend un léger souffle systolique se propageant vers l'aisselle. La pression au sphygmomanomètre est de 22/12.

Appareil urinaire. — Le malade urine normalement quatre ou cinq fois par jour, deux fois par nuit. Les urines claires ne renferment point d'albumine.

Appareil pulmonaire. — Le thorax est bombé. La percussion montre une hypersonorité dans toute l'étendue des deux poumons. Quant à l'auscultation, l'expiration est prolongée et quelques râles de bronchite disséminés se font entendre.

Du côté de *l'appareil sensitif*, il convient de signaler une diminution notable de la sensibilité dans les membres inférieurs gauches, avec exagération des réflexes tendineux.

Le malade, vu ses difficultés pour marcher, n'a pu être examiné à la radio.

Le *dosage de l'urée* dans le sang a montré 0 gr. 50 d'urée par litre de sérum.

OBSERVATION VII

C'est d'un homme, D... âgé de 67 ans, dont il s'agit. Jamais malade dans sa jeunesse, exception faite de quelques bronchites sans gravité, il fit en 1911-1912, une congestion cérébrale.

Gros mangeur, et surtout grand buveur, 2 lit. 1/2 à 3 litres par jour, cet homme se nourrissait presque exclusivement de légumes.

Actuellement bien qu'employé à l'hospice général, il se plaint de céphalée fréquente, accompagnée de vertiges, de dyspnée d'effort, de palpitation.

L'examen du cœur, exception faite d'un léger abaissement de la pointe, 1 centimètre, ne montre rien d'anormal.

Le pouls est pur, la tension artérielle de 22/12.

Appareil urinaire. — Cet homme, bien qu'urinant fré-

quemment le jour, n'évacue à chaque miction que quelques gouttes d'urine. Par contre la nuit, il ne se lève que deux ou trois fois et présente alors d'assez abondantes évacuations, 1/2 litre d'urine environ. Ces urines foncées laissent déposer au fond du vase un sédiment brunâtre, et renferment une notable proportion d'albumine.

Appareil respiratoire. — Expiration prolongée avec râles de bronchites dans toute l'étendue des deux poumons.

Rien d'anormal du côté de l'*appareil digestif* si ce n'est que quelques vomissements biliaires survenant de temps à autre.

Examen radioscopique. — Cœur : diamètre longitudinale : 16 centimètres. Diamètre horizontal : 15 centimètres.

L'aorte descendante est très visible.

Perméabilité rénale. — Une injection de bleu pratiquée le 28 août, a montré que la coloration des urines se faisait plus tôt que normalement. Elle est en effet apparue vingt minutes après l'injection, pour atteindre son maximum sept heures après et cesser au bout de seize heures.

OBSERVATION VIII

Le vieillard H. V..., dont il s'agit, tourneur en chaise avant son hospitalisation, est âgé actuellement de 77 ans. Jamais malade durant sa longue existence, il entre à l'hôpital, vu son grand âge. H... ne se plaint de rien exception faite de quelques douleurs lombaires, de crampes dans les membres inférieurs, de sensation de doigts morts et de refroidissement des extrémités. Cet individu est dans un excellent état physique, et a conservé son appétit d'antan. Petit mangeur, mais grand buveur, telle est sa caractéristique.

A l'examen du cœur on constate que la pointe est légèrement abaissée et déviée en dehors, sixième espace intercostal, à 1 travers de doigt en dehors de la ligne mamelonnaire.

La percussion décèle un cœur droit quelque peu augmenté de volume. Quant à *l'auscultation*, elle ne révèle aucun bruit surajouté. Le pouls est plein, bondissant, la tension prise au Vaquez, est de 19/12.

Rien à noter du côté des *appareils urinaire et digestif*, mais par contre il convient de signaler du côté de l'*appareil respiratoire* un léger degré d'emphysème pulmonaire avec rudesse inspiratoire.

Examen radioscopique. — Cœur droit très étalé reposant sur le diaphragme.

L'aorte est très sinueuse, et augmentée de volume.

Le cœur gauche peu modifié, est légèrement augmenté dans sa portion ventriculaire.

Dosage de l'urée dans le sang, 0 gr. 40 par litre de sérum.

OBSERVATION IX

P. J..., âgé de 60 ans, fut jadis employé comme cocher dans une maison bourgeoise.

Exception faite d'une sciatique droite apparue en 1903, et d'une crise de rhumatisme survenue en 1913, cet homme ne fut jamais malade.

Actuellement P... se trouve dans un excellent état physique, et ne se plaint que d'un léger essoufflement à la marche, de bourdonnements d'oreilles.

A la palpation, la pointe du cœur bat dans le septième espace intercostal, à 2 centimètres de la ligne mamelonnaire.

A la percussion, la matité cardiaque est légèrement augmentée, et semble étalée sur le diaphragme.

L'auscultation montre un deuxième bruit aortique claqué. Les artères sont dures, tendues, résistantes et l'on constate une danse très marquée des artères sous-clavière et carotide droite. La pression au sphygmomanomètre est de 18 1/2/9.

Du côté de l'*appareil pulmonaire*, l'expiration est légèrement prolongée.

Appareil digestif. — Le malade grand buveur, 4 à 6 litres de vin par jour, présente actuellement des digestions bonnes, mais accuse une légère pituité matitunale. Ses selles sont normales. Le foie est petit, 6 à 7 centimètres.

Appareil urinaire. — Le malade qui n'urine que quatre ou cinq fois par jour présente de la polyurie nocturne, 5 ou 6 mictions. Les urines sont claires, augmentées de volume, 2 litres à 2 litres 1/2 sans trace d'albumine.

Une injection de bleu pratiquée lors de son examen n'a rien décelé du côté des reins, l'apparition de la coloration bleue étant survenue une demi-heure après l'injection et ayant cessé trente heures après.

Examen radioscopique. — Cœur gauche très volumineux. Cœur droit légèrement étalé sur le diaphragme.

OBSERVATION X

T. L..., âgé de 67 ans, manœuvre, fut atteint à l'âge de 20 ans de diphtérie, diphtérie relativement bénigne sans atteinte rénale ; à 52 ans il fit des crises de coliques hépatiques ; à 65 ans eut de l'œdème généralisé, enfin à 66 ans, une

crise violente de rhumatisme, crise qui nécessita un séjour prolongé au lit. Actuellement bien que vacant à de menus travaux, cet homme se plaint de céphalée fréquente, céphalée surtout accusée le matin à jeun, d'éblouissements, de vertiges, obligeant parfois le malade à s'arrêter, de crampes dans les jambes, d'engourdissement des mains violents la nuit, mais disparaissant au travail ; la dyspnée est intense, les palpitations sont fréquentes accompagnées de douleurs précordiales.

Tout porte donc l'examen vers l'appareil cardio-circulatoire.

La percussion du cœur donne une matité très augmentée.

La palpation montre sa pointe battant dans le 7e espace intercostal à 3 cm. 1/2 en dehors de la ligne mamelonnaire et *l'auscultation* révèle des bruits assourdis, et un souffle systolique de la pointe se propageant vers l'aisselle.

La pression est de 24/14 et on note un léger œdème, mou, dépressible, des membres inférieurs.

Appareil respiratoire. — A la percussion, on trouve de la submatité occupant le tiers moyen du poumon gauche, submatité qui se traduit à l'auscultation par une diminution du murmure vésiculaire sans bruits surajoutés.

Appareil urinaire. — Les mictions diurnes très fréquentes sont peu abondantes ; par contre celles nocturnes au nombre de trois ou quatre, sont de quantité convenable.

L'urine ne renferme pas de traces d'albumine.

Appareil digestif. — Les digestions sont bonnes, les selles régulières, mais cet homme, qui fut jadis un grand buveur, présente un foie volumineux dépassant de trois travers de doigts les fausses côtes et très douloureux à la palpation.

Examen radioscopique. — Ventricule gauche très augmenté de volume, mais battements du cœur peu marqués.

Appareil respiratoire. — Obscurité très marquée de la base et du tiers moyen du poumon gauche.

Le diaphragme fonctionne mal de ce côté.

Dosage de l'urée dans le sang : 0 gr. 25.

OBSERVATION XI

B. M..., âgé de 79 ans, cultivateur, n'accuse qu'une fièvre typhoïde à l'âge de 24 ans.

Il y a deux ans, le malade présentant de l'œdème des membres et de face, fit faire une analyse d'urine qui révéla une notable proportion d'albumine.

Actuellement cet homme bien que souffrant de céphalée fréquente, de crampes, d'engourdissement des membres, de vertiges, de mouches volantes, de dyspnée d'effort, de sensation de doigts morts, d'insomnie, de démangeaison, travaille modérément.

L'examen de l'appareil cardio-vasculaire montre, *à la palpation* : une pointe non abaissée mais déviée à gauche à 1 centimètre de la ligne mamelonnaire, *à la percussion*, une matité normale, *à l'auscultation*, aucun bruit surajouté.

Le pouls est plein, tendu, la pression au sphygmomanomètre étant de 19/9.

Appareil pulmonaire. — Une légère submatité dans toute l'étendue du poumon gauche est à signaler.

A l'auscultation. — Le murmure vésiculaire est diminué à gauche, tandis qu'à droite, l'inspiration est rude, l'expiration prolongée.

Appareil digestif. — Cet homme jadis gros mangeur de

viande principalement, et qui buvait 1 lit. 1/2 à 2 litres de vin par jour, jouit actuellement d'un très bon appétit, de digestions normales. Le foie est normal.

Appareil urinaire. — Le malade présente de nombreuses mictions diurnes, 15 à 20, chacune de ses mictions ne comportant l'évacuation que de quelques gouttes de liquide. La nuit, les mictions au nombre de 3 ou 4 sont plus abondantes. Les urines réduites à 1 litre sont troubles, riches en couleur avec gros dépôt. Leur examen extemporané décèle une notable proportion d'albumine.

Examen radioscopique. — Cœur plutôt petit. Aorte petite avec placards sombres.

Poumons. — Légère obscurité dans toute l'étendue du poumon.

Perméabilité rénale. La coloration bleue des urines apparue une demie-heure après l'injection est passée par son maximum dans la septième heure et est disparue à la trente-quatrième heure.

OBSERVATION XII

Le dénommé E. H..., 74 ans, ancien quincallier, a présenté dans sa jeunesse quelques bronchites. En 1870, il fit une dysenterie, enfin en 1916 il présenta une crise de rhumatismes articulaires aigus qui le força à garder la chambre pendant deux mois.

Cet homme présente actuellement tous les symptômes de l'hypertension : céphalée fréquente, crampes dans les jambes et les mains, douleurs rhumatoïdes, vertiges, bourdonnements d'oreilles, éblouissements, dyspnée d'efforts, palpitation, polyurie.

La *palpation* du cœur montre la pointe battante dans le sixième espace intercostal à 1 cm. 1/2 de la ligne mamelonnaire. La *percussion* est normale. Quant à *l'auscultation*, elle décèle un deuxième bruit aortique légèrement claqué.

Les artères sont normales et la pression au sphygmomanomètre est de 19/10.

L'appareil respiratoire est encombré de gros râles de bronchite avec râles de congestion aux deux bases.

Appareil digestif. — Cet homme mange bien, surtout de la viande, ses digestions sont bonnes, ses selles normales. Le foie est gros, dépassant de 2 travers de doigts les fausses côtes.

Appareil urinaire. — Polyurie diurne, 8 à 10 mictions, nocturne 4 à 6. Les urines sont abondantes, 2 litres à 2 lit. 1/2, claires, limpides, ne renfermant point de traces d'albumine.

Examen radioscopique. — Cœur applati, étalé sur la diaphragme. Grosse aorte.

OBSERVATION XIII

V. M..., âgé de 64 ans fut jusqu'à son entrée à l'hôpital, ouvrier plombier-zingueur. A l'âge de 27 ans, il présenta des symptômes d'intoxication par le plomb, coliques, paralysie saturnine.

Actuellement bien que cet homme présente un hypertension notable, 26/13, il n'accuse aucun des symptômes habituels de cette affection, exception faite d'une légère dyspnée d'effort. A l'examen de *l'appareil cardio-circulatoire* on constate que la pointe bat dans la sixième espace intercostal, sur la ligne mamelonnaire. La *percussion* décèle un

cœur légèrement augmenté de volume, et *l'auscultation* révèle un bruit de galop très marqué.

Le pouls est plein, tendu, les jugulaires sont animées de battements très marqués et la palpation rétro-sternale fait sauter la crosse de l'aorte dilatée.

Appareil urinaire : le malade présente 5 à 6 mictions tant diurnes que nocturnes. Les urines diminuées de quantité, 1.200 grammes, sont troubles, renferment des phosphates en abondance, et une forte proportion d'albumine.

Du côté de l'appareil pulmonaire, il convient de signaler l'existence aux deux bases d'une diminution du murmure vésiculaire, et de nombreux râles de bronchite.

Rien à signaler du côté de *l'appareil digestif*, exception faite du foie qui est petit, 6 centimètres environ.

Examen radioscopique. — Cœur gauche volumineux. Grosse aorte sinueuse.

Appareil pulmonaire. — Réaction bronchique aux deux bases, plus marquée à gauche.

Perméabilité rénale. — Apparition de la coloration bleue, un quart d'heure après l'injection, maximum huitième heure, disparition dix-huitième heure.

OBSERVATION XIV

Le vieillard C. V..., âgé de 70 ans présenta à l'âge de 52 ans, soit en 1900, une fièvre thyphoïde qui nécessita un séjour de deux mois au lit. Depuis cet homme se portait relativement bien, ne souffrant de rien, exception faite d'asthénie assez intense.

Il y a quatre ans, le malade présenta des étourdissements,

des éblouissements fréquents, des crampes, des sensations de doigts morts, des vertiges, eut des mouches volantes, des bourdonnements d'oreilles, et ressentit une dyspnée très intense. En même temps ses mictions deviennent plus fréquentes, diminuent de quantité et le malade présente de l'agitation nocturne.

Actuellement bien que l'état général soit excellent, tous ces symptômes n'ont fait que s'accentuer.

Ces symptômes étant ceux de l'hypertension, nous allons porter notre examen sur l'appareil cardio-vasculaire.

A la palpation, la pointe du cœur abaissée bat dans le sixième espace, sur la ligne mamelonnaire.

A la percussion, la matité est légèrement augmentée de volume.

A l'auscultation, les bruits du cœur sont normaux.

Le pouls est tendu 22/12 et le malade présente un léger œdème des membres inférieurs.

Appareil urinaire. — Les mictions sensiblement normales le jour, 4 à 6, sont légèrement augmentées la nuit, 3 à 4. Les urines émises, réduites à 1 litre sont très colorées, mais ne renferment pas d'albumine.

Appareil respiratoire. — L'inspiration est humée, l'expiration prolongée avec quelques râles de bronchite disséminés dans toute l'étendue des deux poumons.

Appareil digestif. — Cet homme qui fut un très gros mangeur (3 livres de pain par jour) a conservé un très bon appétit. Les digestions sont régulières, mais les selles sont irrégulières, alternative de diarrhée et de constipation.

Examen radioscopique. — Ventricule gauche bombé mais cœur sensiblement normal. Visibilité de l'aorte descendante.

OBSERVATION XV

Le nommé F. L..., 63 ans, garçon de café, a souffert pendant toute sa jeunesse d'une gastrite rebelle. En 1922 il entra à l'hôpital pour affection cardiaque, néphrite chronique, œdème généralisé.

Actuellement cet homme présente un assez bon état général, mais accuse une dyspnée d'effort très intense.

A l'examen de l'appareil *cardio-vasculaire*, on constate que la pointe bat dans le septième espace intercostal, sur la ligne mamelonnaire. La matité cardiaque est très augmentée surtout à gauche, et à *l'auscultation* on note un souffle aortique diastolique se propageant vers la pointe.

Le pouls est dur, les artères bondissent sous le doigt. Les carotides sont distendues et leurs battements sont très visibles. La temporale est dilatée et la pression prise au sphygmomanomètre de Vaquez Laubry est de 22/9.

Du côté de l'*appareil urinaire* il convient de signaler de fréquentes mictions nocturnes (le malade est obligé de se lever cinq ou six fois par nuit). L'élimination diurne est sensiblement normale. Les urines claires augmentées de volume renferment une notable proportion d'albumine.

Appareil digestif. — Gros mangeur, gros buveur, présente une digestion assez bonne mais des alternatives de diarrhée et de constipation. Le foie est très petit, 6 centimètres.

Du côté de *l'appareil pulmonaire*, il convient de signaler une congestion assez intense des deux bases.

Examen radioscopique. — Ventricule gauche très volumineux. Cœur très allongé sur le diaphragme.

OBSERVATION XVI

L. L..., ancien maçon âgé actuellement de 73 ans, fit à l'âge de 40 ans une variole confluente, et présenta il y a un an un léger ictus.

Actuellement cet homme qui se plaint d'une lassitude intense et d'une diminution de force plus en rapport avec son état actuel qu'avec son état général, ne présente malgré sa forte tension, tension 24/11, aucun des symptômes habituels de l'hypertension.

L'examen du cœur montre à la *percussion* une augmentation assez considérable de son volume.

La *palpation* décèle une pointe abaissée, pointe perceptible dans le septième espace intercostal légèrement en dehors de la ligne mamelonnaire.

L'auscultation ne révèle qu'un deuxième bruit aortique légèrement claqué.

Les artères indurés roulent sous le doigt et la temporale se montre sinueuse.

Rien à noter du côté des *appareils respiratoire et urinaire.*

Appareil digestif. — Cet homme qui avait bon appétit, buvait environ un litre de vin par jour, ration à laquelle il ajoutait un litre de café, augmenté d'une bonne proportion d'eau-de-vie de cidre. Actuellement, a conservé son bon appétit d'antant, digère bien, va régulièrement à la selle. Le foie est légèrement diminué de volume.

Examen radioscopique. — Gros cœur gauche.

Ventricule gauche très distendu.

Pointe abaissée et deviée en dehors.

Dosage de l'urée dans le sang : 0 gr. 25.

OBSERVATION XVII

B. J..., 69 ans, chef de chantiers, a présenté à l'âge de 45 ans une crise de rhumatisme articulaire aigu, crise qui a nécessité un séjour de trois mois au lit. En 1923, des symptômes de rhumatismes réapparaissent, mais ne nécessitent pas le repos.

Actuellement cet homme présente des vertiges dont le nombre va sans cesse en s'accroissant, vertiges qui depuis un an ont été suivis plusieurs fois de chutes. Les fourmillements dans les pieds, les mains, sont fréquents. La dyspnée d'effort, accompagnée de douleurs précordiales, de palpitations a fait son apparition depuis le mois de mai dernier.

Appareil cardio-circulatoire. — La matité cardiaque est normale. La pointe du cœur légèrement abaissée bat dans le sixième espace intercostal sur la ligne mamelonnaire. Le deuxième bruit aortique est légèrement claqué. Le pouls est dur, tendu, bondissant, la pression au sphygmomanomètre est de 2 1/12 et l'on constate un léger battement des carotides, la temporale est sinueuse, dilatée.

Appareil urinaire. — Les mictions au nombre de 3 ou 4 chaque jour sont peu abondantes. La nuit elles se montrent plus fréquentes, 5 ou 6, impérieuses, beaucoup plus copieuses. Les urines sont claires, limpides, 1 l. 1/2 à 2 litres, ne renfermant pas de traces d'albumine.

Appareil pulmonaire. — La percussion décèle au sommet droit en avant une zone très nette d'hypersonorité. L'auscul-

tation y révèle une respiration soufflante, prolongée sans aucun bruit surajouté. En arrière l'auscultation est normale dans toute l'étendue des deux poumons.

Appareil digestif. — Gros buveur, 2 litres à 2 l. 1/2 de vin blanc, présente actuellement un appétit médiocre, les digestions sont bonnes, les selles normales.

Examen radioscopique. — Cœur, volume normal. Visibilité de la descendante.

Appareil pulmonaire : champ pulmonaire droit très lumineux.

Injection de bleu. — Apparition une heure après l'injection ; maximum dix heures ; disparition trente-deuxième heure.

OBSERVATION XVIII

Le dénommé M. A..., maçon âgé actuellement de 73 ans, a présenté il y a environ un an une crise de rhumatismes articulaires aigus, crise qui l'obligea à garder le lit pendant un mois et demi. Depuis, il se plaint continuellement de douleurs rhumatoïdes siégeant tantôt dans les articulations tibio-tarsiennes, tantôt dans celles radio-carpiennes.

Actuellement, exception faite de ces douleurs, le malade ne se plaint que d'avoir de temps en temps l'illusion de petites mouches devant les yeux.

L'examen de l'appareil *cardio-circulatoire* montre une pointe située normalement dans le cinquième espace intercostal, ligne mamelonnaire.

La *percussion* délimite un cœur légèrement augmenté de volume.

L'*auscultation* révèle une légère diminution d'intensité du premier bruit à la pointe.

La tension artérielle est de 13/11,5.

Rien à signaler du côté de l'*appareil urinaire*.

Du côté de l'*appareil respiratoire* il convient de noter une respiration rude au sommet gauche avec quelques ronchus, aux 2 bases une congestion légère.

Appareil digestif. — Appétit normal, digestion bonne, selles normales. Foie légèrement augmenté de volume mais non douloureux à la pression.

Examen radioscopique. — Cœur gauche légèrement augmenté de volume. Aorte descendante très volumineuse visible jusqu'aux oreillettes. Battements cardiaques très mous.

Dosage de l'urée dans le sang : 0 gr. 45 par litre.

OBSERVATION XIX

B. C..., ouvrier peintre, âgé actuellement de 71 ans, a présenté dans sa jeunesse de nombreuses bronchites et a fait à l'âge de 30 ans une pleurésie droite. Depuis, ce malade tousse continuellement mais crache peu. En 1900, il fit des crises de coliques saturnines, en 1901, il fut atteint de paralysie saturnine.

En 1918 il entra au sanatorium antituberculeux de Chantenay où il fit un séjour de dix-huit mois.

Actuellement cet homme présente un assez bon état général, son faciès est coloré, son thorax bombé. Il se plaint principalement de céphalée fréquente, de vertiges, d'éblouissements, de crampes dans les mollets et dans les mains, de sensation de doigts morts, de douleurs rhumatoïdes dispa-

raissant sous l'influence du travail, de sensation de fatigue et de fréquents bourdonnements d'oreilles.

L'examen de l'*appareil cardio-circulatoire* montre un cœur étalé sur le diaphragme dont la pointe bat dans le sixième espace intercostal à 2 centimètres de la ligne mamelonnaire. Les bruits du cœur sont normaux.

Quant aux artères, elles sont dures, le poul est tendu, la pression au sphygmomanomètre est de 24/12. Les extrémités sont refroidies et cyanosées.

Appareils urinaux. — Il convient de signaler une diminution notable de la quantité d'urine évacuée. Le malade urine deux ou trois fois par jour, mais chacune de ses mictions se limite à quelques gouttes. La nuit il ne présente que deux mictions, mictions très abondantes qui, d'après ses dires, peuvent être évaluées à 500 grammes. Ces urines riches en couleur laissent déposer un sédiment abondant et renferment quelques traces d'albumine.

L'*appareil respiratoire* est lui-même défiaient : la percussion dénote une submatité très marquée en arrière, submatité qui occupe le tiers moyen du poumon droit. A ce niveau la respiration est très diminuée et l'on entend de nombreux frottements. Au-dessus de cette zone, l'inspiration est rude, l'expiration prolongée. Quelques ronchus sont perceptibles à ce niveau.

Appareil digestif. — Cet homme édenté accuse une digestion très pénible, son intestin fonctionne très mal, la constipation est opiniâtre.

A la palpation, on révèle une douleur très vive dans la région épigastrique, douleur qui entraîne la production d'une forte contracture musculaire.

Examen radioscopique. — Cœur gauche légèrement augmenté de volume. Cœur droit étalé sur le diaphragme. Pointe légèrement abaissée. Aorte normale.

Injection de bleu de méthylène : apparition de la coloration une heure et demie après l'injection, Maximum, huit heures. Disparition, trentième heure.

OBSERVATION XX

Le nommé M. A..., âgé de 73 ans, n'a fait durant sa longue existence qu'une grave maladie et ce à l'âge de 7 ans : fièvre muqueuse qui nécessita un séjour fort prolongé au lit. Depuis lors, ne fut jamais malade.

Actuellement, bien que présentant une tension fort élevée, 20/11, cet individu ne présente aucun des symptômes habituels de l'hypertension.

A *la palpation*, la pointe bat dans le septième espace intercostal à 2 centimètres de la ligne mamelonnaire.

A *la percussion*, la matité cardiaque étalée sur le diaphragme est légèrement diminuée.

Quant à *l'auscultation*, elle ne révèle aucun bruit surajouté sauf un deuxième bruit claqué à l'orifice aortique. Les pulsations radiales semblent normales.

Il convient de signaler du *côté rénal* une polakiurie nocturne assez abondante. Alors que le malade ne présente que quatre ou cinq mictions par jour, il est obligé chaque nuit de se lever quatre ou cinq fois. Les urines évacuées en vingt-quatre heures représentent environ 2 litres, elles sont claires, limpides et ne renferment pas d'albumine.

Du *coté pulmonaire*, il convient de signaler un léger

degré d'emphysème avec quelques ronchus disséminés dans l'étendue des deux poumons.

Appareil digestif. — Cet homme qui fut jadis un gros mangeur et surtout un grand buveur, 2 litres à 2 litres 1/2 de vin par jour, a actuellement bon appétit, ses digestions sont bonnes, ses selles normales. Rien à noter du côté de l'appareil digestif.

Examen radioscopique. — Ventricule gauche légèrement bombé. Cœur plutôt petit et étalé sur le diaphragme. Aorte sinueuse.

Dosage de l'urée dans le sang : 0 gr. 30 par litre de sérum sanguin.

PATHOGÉNIE

Plusieurs théories relatives à la pathogénie de l'hypertension ont été proposées, et nombreux sont les auteurs français, anglais, allemands qui ont étudié cette question.

Trois théories ont été principalement discutées.

La première émise en Allemagne par Traube, en France par Huchard, tend à faire de l'hypertension une maladie primitive ne nécessitant aucune modification pathologique dans quelque territoire que ce soit.

La deuxième, bien étudiée par M. le professeur Vaquez et son école tend comme la première théorie à faire de l'hypertension une maladie primitive dont la cause connue dans un certain nombre de cas, demeure incompréhensible dans un grand nombre d'autres. Pour ces auteurs, l'hypertension qui s'observe si fréquemment au cours de la néphrite chronique, de l'artériosclérose, n'est pas le résultat de ces affections, mais en est la cause. Or, il nous semble impossible ou mieux difficilement admissible qu'un trouble fonctionnel de cette gravité naisse spontanément dans un système organique qui n'est doué d'aucune autonomie. Si nous admettons même, ce qui est exact, que le système vasculaire est sous la

dépendance du système sympathique, nous nous expliquons alors très bien que sous l'influence d'une excitation passagère se produise une hypertension passagère. Des faits sont là pour le prouver : « hypertension émotive, saturnine, de la colique hépatique ». Malgré cela, il est très difficile d'admettre aucune preuve physiologique, histologique n'ayant été fournie, que des excitations répétées puissent aboutir à l'hypertension permanente.

Reste donc la *troisième théorie*, théorie de M. le professeur Widal et M. Amblard. Pour ces auteurs, l'hypertension serait un trouble fonctionnel, consécutif à des lésions organiques, lésions rénales, surrénales, de toute autre glande à sécrétion interne ou de lésions antériolo-capillaires. A la base de toute hypertention artérielle existerait donc soit une lésion rénale, surrénale, soit, comme l'ont démontré les travaux de Weiss (examen histologique des capillaires) des lésions de ces derniers.

Or si nous considérons les 20 malades pris au hasard des visites dans le Service de vieillards de l'Hospice général de Saint-Jacques, nous constatons qu'il existe 14 individus présentant des symptômes de néphrite, soit néphrite chronique, épithéliale, hypertensive ou interstitielle, 5 présentant des signes manifestes d'artério-sclérose sans lésions rénales; un n'accusant aucune tare organique mais gros mangeur et grand buveur. Donc sur ces 20 malades, 19 montrent, suivant les théories de M. le professeur Widal et M. Amblard à la base de leur

hypertension, une lésion organique manifeste, soit lésion rénale, soit artériolo-capillaire. Quant au vingtième, on peut également le faire entrer dans cette classification. S'il est vrai qu'il ne présente aucune lésion organique, il convient de noter qu'il fut un gros mangeur. Or l'estomac n'est qu'un muscle creux. Tout muscle en travail consomme deux fois plus de sang, qu'un muscle en repos, d'où nécessité pour le cœur de fournir deux fois plus de sang, dilatation du ventricule gauche et hypertension.

COMPATIBILITÉ DU TRAVAIL AVEC L'HYPERTENSION

L'origine de l'hypertension comme affection secondaire étant admise, peut-on prétendre qu'un hypertendu quelqu'il soit, soit capable de travailler et de rendre des services à la société.

Sur ces 20 malades, 9 d'entre eux, ceux des observations 2, 6, 8, 9, 13, 15, 16, 18, 20, n'ont été reconnus atteints d'hypertension qu'au cours de leur examen en vue de leur aptitude au travail. N'ayant jamais présenté jusque là le moindre trouble fonctionnel du côté de l'appareil circulatoire, malgré des tensions élevées, variant entre 19 et 24, ces hommes ne sauraient être reconnus impropres à tout travail, bien qu'ils soient frappés dans leurs œuvres vives.

Les 11 autres présentent une hypertension permanente, liée soit à des lésions rénales, soit à des lésions artériolo-capillaires. Ces sujets qui éprouvent des vertiges, des éblouissements, des sensations de doigts morts, de la dyspnée d'effort, ne sauraient être soumis à un travail pénible. C'est ainsi qu'il sera absolument impossible à un peintre (tel le malade de l'observation 19) dont la pression maxima atteint 24, de monter sur des échafaudages, à un

cocher de monter sur un siège, à un électricien de faire fonctionner des appareils électriques, à un manœuvre de porter des charges lourdes.

Non, là n'est pas le problème. Nous savons tous que tout effort violent expose à des ruptures artérielles, à des embolies, à une dyspnée intense, nécessite un surcroît de travail du cœur, des reins, chargés d'éliminer les déchets. Or ce cœur, ces reins sont déjà défficients, et nous ne cherchons nullement à entraîner à la mort ces hommes encore doués d'une certaine vigueur physique. Notre but, c'est de les rendre aptes à produire tout en leur assurant une existence aussi prolongée que possible. Aussi ces malades seront-ils soumis à des exercices modérés. Nous ne leur ferons exécuter que de petites corvées, balayage, nettoyage des salles, entretien de toutes sortes. Nous leur ferons exécuter de petits travaux de peinture, de menuiserie, de vannerie, de jardinage. Nous les distrairons ainsi des longues journées motonones de l'hôpital et nous les rendrons ainsi utiles à la société, sans abréger leur existence.

CONCLUSIONS

On n'observe pas chez les vieillards l'hypertension artérielle primitive fréquente, d'après certains auteurs, chez les sujets plus jeunes.

Dans presque tous les cas que nous avons examinés (19 sur 20), nous avons constaté avec l'hypertension artérielle des signes de sclérose rénale, un cœur hypertrophié. Les vieillards dont nous relatons les observations étaient relativement peu gênés par leur hypertension artérielle. La plupart d'entre eux peuvent se rendre utiles et être occupés à de petits travaux dans l'hospice de vieillards où ils ont été admis.

Vu : le Président de la thèse,
NOBÉCOURT

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

Amblard. — Variations quotidiennes des tensions artérielles et artériolo-capillaires chez les artério-scléreux hypertendus.

— Mesure de la tension artérielle (Bulletin thérapeutique, 1908).

— Traitement de l'hypertension artérielle permanente (Province médicale, 18 mai 1912).

— Sphygmonomanométrie clinique (Province médicale, janvier 1910).

Bac. — Contribution à l'étude de l'hypertension artérielle. Revue clinique et thérapeutique. Thèse de Paris, n° 26, 1915-1916.

Brelet. — Pathogénie et traitement de l'hypertension artérielle (Gazette des Hôpitaux, 1922, n° 82).

Castaigne. — Maladies des reins, 3e édition, 1921.

Clerc. — Problème de l'hypertension artérielle permanente en clinique (Bulletin médical, 1922, n° 31).

Coupry. — Notions récentes sur les hypertensions artérielles (Bulletin médical, 1923, n° 24).

Chevassus, Dumas, Labry. — Société médicale des hôpitaux de Lyon, 1923 (Monde médical, 15 décembre 1923).

Donzelot. — Les accidents de l'hypertension artérielle (Bulletin médical, n° 31, 1922).

Esmein. — L'hypertension artérielle (Revue générale. Gazette des Hôpitaux, n° 7, p. 101).

Gallavardin. — L'hypertension artérielle.

Gouget. — L'artériosclérose et son traitement (Actualités médicales. Paris, 1907).

Hertz. — Hypertension artérielle (Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, tome II).

Josué. — Petits signes de l'artériosclérose (Presse médicale, 23 novembre 1907, p. 698).

— Traité de l'artériosclérose (Baillère, éditeur. Paris, 1909).

Huchard. — Congrès médical. Lisbonne, 1906.

Lambry. — Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 1923, p. 1373.

Lian. — Article : « Cœur et Vaisseaux » in technique clinique médicale et séméologie élémentaire, édition Maloine, 1915.

Lutembacker. — Les accidents cardiaques de l'hypertension.

Londe (P.). — Article artériosclérose in nouvelle pratique médico-chirurgicale illustrée. Masson, éditeur. Paris.

Martinet. — Pression artérielle et viscosité sanguine, éditeur Masson. Paris, 1915.

Merkley-Minvielle et Herschberg. — Hypertension et épreuve de la phénosufonephtaléine (Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 1923, p. 1369).

Nougeot. — La thérapeutique de l'hypertension artérielle (Bulletin médical, 1922, nº 31).

Potain. — Pression artérielle. Paris, 1902.

Vaquez. — Nouveau traité de médecine et de thérapeutique.

Widal et Boidin. — Hypertension artérielle (Société médicale des Hôpitaux de Paris, 21 juillet 1905).

Imp. de la Faculté de Médecine, JOUVE & Cie, 15, rue Racine, Paris. — 6190-24

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE